

# ÉTICA EN LAS ORGANIZACIONES SANITARIAS

**GUILLERMO DÍAZ PINTOS\***

*Los valores que se han destacado recientemente en la práctica de la asistencia sanitaria han modificado el esquema tradicional del ejercicio de la medicina. El sentido de la justicia y la exigencia de equidad en el reparto de la atención sanitaria socializaron la medicina y dieron entrada en ella a actores distintos a los médicos, como consecuencia del desarrollo de las políticas sanitarias y de la intermediación entre la provisión de los servicios y su financiación. Junto a ello, el desarrollo científico y tecnológico ha establecido una vinculación estrecha de médicos y pacientes con las organizaciones –públicas o privadas– de atención sanitaria, que se han convertido en el lugar natural del desarrollo y la práctica de la medicina en la actualidad. Por ello, toda pretensión de definir y priorizar los valores que confluyen en la práctica de la medicina pasa por la que se ha denominado ética de las organizaciones.*

**Palabras clave:** Medicina, Derecho, ética de las organizaciones.

---

EL ANÁLISIS que se propone este trabajo requiere aludir a las profundas transformaciones que, desde finales del siglo XIX, ha experimentado la práctica de la medicina, debidas tanto a su propia evolución como a las sucesivas incursiones de la política, la economía y el derecho en su ám-

bito de actividad. De esta manera, al identificar los valores que confluyen en la asistencia sanitaria y analizar las condiciones en las que ésta se produce en la actualidad, podremos concluir sobre cómo organizar de la mejor manera dichos valores y sobre las vías más adecuadas para que arraiguen en las organizaciones

---

\* Guillermo Díaz Pintos es Profesor Titular de Filosofía del Derecho de la Universidad de Castilla-La Mancha y ex-director del Instituto Cervantes en Chicago.

que tienen a su cargo el cuidado de la salud.

---

### AUTONOMÍA DE LA PROFESIÓN MÉDICA

---

EN SU SENTIDO original, la medicina se concibe como una actividad humanitaria, al servicio del hombre, de su vida y de su salud, y la profesión médica como una vocación. Lo que perdura en esta actividad desde tiempo inmemorial es, eminentemente, el sentido de ayuda al enfermo derivado del sentimiento que surge ante el espectáculo de la enfermedad y del dolor. A partir de esa preocupación por aliviar la situación menesterosa del enfermo aparece la amistad entre el médico y el paciente, que configura, en palabras de Laín, el sustrato “amistoso-amoroso” de la relación médica<sup>1</sup>. La coincidencia de intereses entre las partes de esta relación, dirigidos al fin único de la curación (en la que en virtud de sus conocimientos prima la posición del médico), hace que las referencias normativas más adecuadas para reglamentar esa actividad sean las regulaciones deontológicas derivadas de los propios profesionales

médicos, a través de sus administraciones corporativas. La autonormación del propio estatuto profesional, a partir de una visión homogénea y coherente del modo en que la profesión debe ejercerse, parece ser la mejor forma de organizar el cumplimiento de su misión curativa.

Los códigos deontológicos se han justificado acudiendo a la idea del “pacto social”, con la que se pretende fundamentar la naturaleza del vínculo social en cualquiera de sus manifestaciones organizativas. En este caso, se trataría de un acuerdo entre la sociedad y los facultativos, por medio del cual la sociedad cede la potestad para ejercer la medicina en exclusiva a condición de que los colegios establezcan estrictas reglas éticas para el ejercicio competente de la profesión<sup>2</sup>. En este sentido, los tribunales han afirmado que las normas deontológicas no constituyen simples tratados de deberes morales sin consecuencias disciplinarias, sino que por el contrario determinan obligaciones de necesario cumplimiento en correspondencia con las potestades públicas que la ley delega en los colegios profesionales<sup>3</sup>. Junto a

la especificidad de la relación médica, esta delegación normativa se justifica por la idea de que determinadas profesiones están mejor reguladas por el propio grupo que por una instancia ajena, por el juego de conocimientos específicos, libertad y responsabilidad que están presentes en el ejercicio de las profesiones liberales. Se defiende así la autonomía intelectual y moral del profesional que aplica unos criterios técnicos que no es posible reducir a pericias fácilmente calificables desde fuera<sup>4</sup>. Por otra parte, las escasas regulaciones jurídicas que han incidido en la medicina hasta una época reciente han reflejado los mismos principios informadores que inspiran las normas deontológicas, heredadas y transmitidas desde el siglo V a.c. por la escuela hipocrática griega. En ellas, el médico ha de velar con actitud paternalista por la vida y la salud del paciente, incluso a veces al margen de su voluntad<sup>5</sup>.

Como consecuencia, la atención sanitaria en Europa occidental hasta después de la Gran Guerra siguió el modelo liberal de medicina: el mercado libre se considera el contexto en el que la autonomía y la independencia que exigen el

ejercicio de esta profesión, para atender las necesidades individuales del paciente y distribuir libremente el tiempo de su dedicación, están garantizadas. La independencia económica del médico, derivada de su relación directa con el paciente, se incorporó así a los códigos deontológicos como garantía de que los juicios médicos se realizan únicamente sobre la base de fundamentos médicos<sup>6</sup>. Las corporaciones profesionales y las diversas asociaciones médicas, a pesar de la expansión del mercado de los servicios sanitarios que lleva consigo la financiación estatal de la asistencia sanitaria o la realizada a través de las compañías de seguros, se han opuesto sistemáticamente a estas formas colectivas de financiación, así como a las prohibiciones de compatibilizar su dedicación como empleados de instituciones públicas sanitarias con el ejercicio privado<sup>7</sup>.

---

## SOCIALIZACIÓN DE LA MEDICINA

---

LA DECIDIDA intervención de los poderes públicos en el ámbito de la asistencia sanitaria no se produjo hasta el arranque del

Estado de Bienestar en el siglo XX, con la quiebra consiguiente de la mentalidad liberal decimonónica y la renovación de los valores, eminentemente el de la igualdad, que habrían de configurar el esquema de cooperación social en el futuro.

Hasta el último cuarto del siglo XIX la participación del poder público en las prestaciones asistenciales tuvo como móvil la “caridad”, lo cual iba unido a la consideración del pobre como potencial agente de perturbación social. Con ello se emparejaba la labor asistencial con la policial o represora. Como indica Ana Guillén, “la escasez de recursos públicos destinados a estas tareas y la permanente falta de una planificación hizo que la asistencia dirigida a los menesterosos proviniera de la Iglesia de manera principal o de otras instituciones de beneficencia. En el caso español, fue durante la Restauración cuando el proceso de quiebra de la mentalidad liberal adquirió una intensidad sin precedentes en lo que se refiere a la intervención del Estado en materia de previsión social. La convergencia de factores tales como las iniciativas revolucio-

narias en este campo llevadas a cabo en Alemania y otros países, el impacto que produjo sobre los sectores confesionales la encíclica *Rerum Novarum*, la actitud favorable a la implicación de los poderes públicos en materia de política social por parte de los sectores reformistas españoles y las opiniones de determinados dirigentes claves dentro del régimen canovista -muchos de ellos influenciados por las ideas del krausismo y del catolicismo social-, contribuyeron a crear el sustrato ideológico favorable a la ruptura de la actitud abstencionista de los poderes públicos sobre los aspectos de previsión social en general y sobre los sanitarios en particular”<sup>8</sup>.

La adopción de esquemas públicos de bienestar supuso la introducción de objetivos nuevos en la asistencia sanitaria, junto al tradicional de la restauración de la salud en el contexto de la relación médico-paciente. La beneficencia dejó paso a la justicia, que se erigió en el referente valorativo de las políticas públicas de previsión sanitaria. Con ello se buscaba mantener la operatividad del aparato productivo, la armonía entre las clases socia-

les y la consecución de la paz social<sup>9</sup>.

El desarrollo de sistemas públicos de aseguramiento sanitario ha variado según circunstancias y países, conforme una tipología que distingue entre modelos en los que el Estado subsidia el aseguramiento privado, modelos profesionalistas en los que la financiación procede fundamentalmente de las aportaciones de empresarios y trabajadores y modelos socializados, en los que el Estado se hace cargo directamente de la atención médica de los ciudadanos a través de servicios nacionales de salud. En la práctica, el denominador común de las formas organizativas vigentes de intervención pública es el de una amalgama de elementos propios de los distintos modelos, que han ido precipitando tras largos años de evolución y reformas<sup>10</sup>. Con la excepción parcial de los EE.UU., en todos los sistemas públicos sanitarios el Estado asume la responsabilidad de garantizar a todos los ciudadanos la cobertura del riesgo de enfermar con el correspondiente seguro obligatorio. Consecuentemente, el núcleo central de los valores que inspiran los servi-

cios sanitarios en los países desarrollados es la equidad y la solidaridad ante la enfermedad. Como indicó recientemente un alto responsable político en el área de la administración sanitaria de nuestro país, “la asistencia sanitaria pública, universal, y financiada fundamentalmente por los impuestos, es una conquista social ampliamente asumida por nuestra ciudadanía y constituye un elemento de justicia distributiva y cohesión social que hay que preservar...”<sup>11</sup>. Y a nivel internacional, los esfuerzos para alcanzar este objetivo común se manifiestan en los programas de la Organización Mundial de la Salud que, en el ámbito europeo, se han concretado en la Carta de Ljubljana sobre las reformas de los sistemas sanitarios, de 19 de junio de 1996<sup>12</sup>.

289

---

## MEDICINA Y EQUIDAD

---

EL COMPROMISO casi unánime con la equidad en la salud contrasta con las discrepancias existentes a la hora de definirla. De entre las diferentes propuestas que se han ofrecido<sup>13</sup>, la más plausible, a mi juicio, la proporciona Wal-

zer en su libro *Spheres of Justice*<sup>14</sup>. Este autor, contrariamente a la extendida y comúnmente aceptada concepción de la justicia de John Rawls, en la que los “bienes primarios” han de ser distribuidos igualitariamente según los principios que formula en su libro *A Theory of Justice*<sup>15</sup>, sostiene que diferentes bienes sociales deben ser distribuidos atendiendo a diferentes razones y según procedimientos distintos, debido a la diversa consideración que reciben dichos bienes dentro de la comunidad en la que se realiza el reparto. Walzer defiende una noción “compleja” de igualdad, según la cual cada bien colectivo ha de distribuirse según un principio distributivo particular, definido en función de su significado específico. En el caso de la asistencia sanitaria, en cuanto que está vinculada a la necesidad de restaurar la salud, ha de recaer sobre quienes presentan mayor necesidad de ella y no en quienes cuentan con mayores ventajas económicas.

Si la realización de la justicia en la distribución de beneficios y cargas sociales presupone el derecho de los particulares a la parte alícuota que les corresponde, la igualdad en la

asistencia sanitaria consiste en que cada uno tiene un derecho a su parte, igual al derecho de los demás a la suya. Estos derechos han de ser medidos según el criterio específico que corresponde al bien que es objeto del reparto. En el caso de la salud, si la cobertura universal es el objetivo de la intervención pública, parece que este criterio ha de estar en relación con la finalidad de la distribución de los recursos asignados para la asistencia, que no es otro que el de la curación en función del estado de salud de cada uno<sup>16</sup>. Este terreno no admite acudir a criterios alternativos, como la condición del enfermo, la función que cumple en el sistema de cooperación social, su capacidad o la relevancia de su aportación al bien colectivo, pues el valor que está en juego en las políticas sanitarias, junto con el de la igualdad, es el de la solidaridad. Por ello Walzer aduce que, en este campo, la asistencia, como criterio que orienta el reparto justo, corresponde a cada uno según su necesidad<sup>17</sup>.

Lo que se puede denominar la “institucionalización” de la asistencia sanitaria ha suscitado la cuestión del manteni-

miento del modelo de medicina tradicional o la necesidad de dar entrada en él a valores colectivos que estaban ausentes. En 1996, la American Medical Association convocó un simposio en Filadelfia con el título *Ética y Medicina en América: Historia, Reforma y Alternativas*, en el que se presentaron dos posiciones, que podrían denominarse “tradicionalista” y “comunitarista”, en relación con las pautas para el ejercicio de la profesión médica. Conforme a la primera, la medicina es una llamada a la dimensión más profunda del hombre, que sólo se puede desplegar en un clima en el que el profesional asume una obligación fiduciaria primordial con su paciente particular. Ésta tiene prioridad sobre cualquier otra y el facultativo ha de cumplirla en el contexto de su relación terapéutica con él. Otros aspectos de la atención sanitaria, como los financieros, los referentes a la investigación médica o a la salud pública, entre otros, que se alejan del contexto en el que se desarrolla dicha relación, están jerárquicamente subordinados a su obligación primordial y, en caso de conflicto, han de subordinarse a ella. Los “co-

munitaristas”, por su parte, reclaman el nacimiento de una “ética médica postmoderna” en la que ninguna parte implicada en la asistencia sanitaria asuma el control exclusivo de la misma, y en la que la profesión médica juegue un papel esencial en todos los ámbitos que en la actualidad influyen en el ejercicio de la medicina, incluyendo los aspectos políticos, económicos, jurídicos, bioéticos, etc., que hasta ahora se consideraban meros remates del núcleo definitorio de la relación médico-paciente. Veatch declara que “la sociedad debe ser la autoridad que controle y dé forma a la ética médica”, y Brennan afirma que “las nociones éticas tradicionales deben modificarse porque los médicos ya no pueden defender que los pacientes son la prioridad, pues han de tener en consideración al hospital, la práctica en equipos, y el esquema retributivo públicamente aprobado”<sup>18</sup>.

El cambio del esquema tradicional ha afectado también al concepto de salud. A mediados de los años sesenta se cuestionó el concepto “médico” de salud y su vinculación al hecho de la curación, en favor de la “salud pública”, con

debates en torno a las causas no médicas de las enfermedades, como las originadas por el medio ambiente o por razones sociales. Los programas políticos prestaron mayor atención a la administración de la sanidad lejos de los hospitales de alta tecnología, con un renovado interés por los centros de atención local, la asistencia en ambulatorios y la participación ciudadana en la planificación<sup>19</sup>. Cuestiones todas ellas acogidas en España por el artículo 8 de la Ley General de Sanidad de 1986.

Estas transformaciones del contexto socio-económico, con la consiguiente organización de los servicios de salud, la laborización de los médicos por su vinculación a las estructuras organizativas, la formación de equipos de trabajo según especialidades, la introducción del *management* en la administración de la salud, las exigencias de las políticas macroeconómicas que demandan la contención del gasto y la inclusión de factores extramédicos en la percepción y consecución de la salud, han alterado el esquema valorativo en el que se asentó la medicina tradicional<sup>20</sup>. Ésta ha dejado de considerarse una actividad que se desarrolla bajo

parámetros individualistas y ha dado entrada a planteamientos de justicia distributiva y de equidad, en los que intervienen actores distintos a los médicos, que velan por la salud de ciertos colectivos de pacientes, haciéndose responsables del uso de los recursos que están disponibles para ello.

Sin embargo, la “institucionalización” de la medicina no lleva consigo necesariamente una desviación radical de esta profesión de su comprensión originaria, ya que es posible trasladar lo que Peter Druker afirma en relación con las entidades sin fines de lucro a las instituciones sanitarias: “Una empresa comercial ha cumplido su tarea cuando el cliente compra el producto, lo paga y queda satisfecho con él. Un gobierno cumple su función cuando sus políticas son eficaces y efectivas. La institución ‘sin fines de lucro’ no provee bienes o servicios sin control. Su ‘producto’ no es un par de zapatos, ni una reglamentación efectiva, sino un ser humano cambiado. Su producto es un paciente curado, un niño que aprende, un muchacho o muchacha transformado en un adulto que se respeta a sí mismo, una vida humana en-



teramente cambiada". Y más adelante añade que "los hospitales o tantas otras instituciones sin fines de lucro se han constituido en el centro de la acción social efectiva, en un país turbulento y cambiante. Este sector se ha convertido en la 'sociedad civil' de los Estados Unidos"<sup>21</sup>.

### MEDICINA Y DERECHO

**O**TRA FUENTE de alteraciones en el modelo tradicional de la práctica de la medicina proviene del ámbito del Derecho. Mientras duró la sintonía entre el sistema de valores que inspiraba la práctica médica tradicional y los valores vigentes en la sociedad sobre el sentido y función de la medicina, el modelo profesional de atención sanitaria, regulado por códigos deontológicos fuertemente moralizados, encontró su legitimación en el esquema liberal de relaciones sociales surgido con la Revolución Francesa. Por contraste, como indica Pelayo, en los últimos tiempos pueden apreciarse una serie de factores sociales que han contribuido al desencuentro de la población con la medicina tradicional. Desencuen-

tro que acaba de manifestarse en un cierto distanciamiento de sus criterios profesionales de actuación y en el intento subsiguiente de controlar de algún modo su ejercicio. La habitual remisión del Derecho a los códigos profesionales en todos los aspectos que regulan la actividad ha quebrado. Con ello se ha facilitado la entrada en el marco de la relación médico-paciente de regulaciones jurídicas con su racionalidad específica, que introducen criterios como los de autonomía, justicia, igualdad, seguridad jurídica, garantías, responsabilidad, etc., que contribuyen a equiparar la posición de las partes en una relación en la que la distribución de poderes resultaba favorable para el médico<sup>22</sup>.

Uno de estos factores es el pluralismo ideológico, entendido como una diversificación de las creencias y convicciones sociales respecto al valor de la propia vida y actividad. En particular, la forma de entender el derecho a la vida, a raíz de los debates en torno al aborto o la eutanasia, por ejemplo, ha puesto en evidencia la imposibilidad de afirmar la existencia de una conciencia común en cuestiones impor-

tantes relativas a la actividad médica<sup>23</sup>. Estos cambios de la perspectiva social, unidos a los avances de la ciencia, han provocado el replanteamiento de la consideración moral de la aplicación de las nuevas técnicas médicas y han dado origen a la configuración de la Bioética como disciplina autónoma. Con ella se sustituye la tradicional consideración de los problemas, de la mano de una específica “ética médica”, por su enfoque desde una perspectiva pluridisciplinar que incluye a médicos, biólogos, juristas, filósofos morales, trabajadores sociales, etc. La participación de distintos agentes en las decisiones en este campo se deriva de la idea de que éstas deben ser tomadas por la sociedad en su conjunto y no sólo por los médicos, que pierden el control exclusivo del discurso sobre la consideración moral de su trabajo clínico e investigador. La propia profesión médica ya no mantiene una ortodoxia ética en lo referente a su práctica profesional, debido a los cambios sociológicos que ha experimentado en cuanto a la extracción social de sus miembros, al aumento de facultativos y a su cada vez mayor dis-

paridad ideológica<sup>24</sup>. Este hecho tiene relevancia, ya que el discurso ético es con frecuencia el foro previo al debate legislativo en el que se origina la regulación jurídica de ámbitos propios de la práctica médica.

Otro factor hace referencia a la crisis que afecta a la idea de progreso. Las suspicacias creadas respecto a los avances científicos durante los últimos tiempos también han afectado a la medicina, y han puesto de manifiesto que su avance no es un progreso lineal que vaya a acabar con la enfermedad, como se pensaba en el siglo XIX y principios del XX<sup>25</sup>. Por el contrario, medicina y enfermedad avanzan juntas con frecuencia, y no parece que la primera pueda ofrecer horizontes de bienestar y salud definitivos que justifiquen la entrega total del paciente a la actividad del médico. Por otra parte, la misma actividad médica ha perdido su inocencia, y la idea de que dicha actividad es incompatible con el daño, el error, la negligencia e incluso el crimen ha decaído, tras la experiencia histórica de los campos de exterminio durante la Segunda Guerra Mundial<sup>26</sup>.

La insuficiencia del esquema normativo legal, carac-

terizado por la remisión jurídica a los criterios establecidos por los médicos en los estatutos de sus organizaciones colegiales, en los que se incluyen listados de derechos y deberes profesionales y procedimientos sancionadores, además de las normas deontológicas, también es un factor relevante. Por un lado, los casos en los que los órganos colegiados han actuado contra sus miembros son muy escasos, ya que no suele existir interés en perseguir la actuación negligente de otros compañeros. Por otro, la normativa no desarrolla bien la responsabilidad, pues las sanciones no incluyen el deber de reparación del daño. Ésta regula sólo las relaciones entre el colegio y sus colegiados sin incluir las responsabilidades de los últimos con terceros. A estas insuficiencias de la falta de regulación específicamente jurídica de la medicina hay que añadir la ausencia de tipos penales específicos para regular la responsabilidad del médico, con la remisión consiguiente a tipos genéricos, como la imprudencia con resultado de muerte o de lesiones, o la revelación del secreto, con el agravante para el caso de que exista obligación de reserva<sup>27</sup>. Todo

ello favorece la potencial inmunidad del profesional sanitario en el ejercicio de su actividad curativa.

De todo ello, como indica cabalmente Pelayo, surge una llamada al aumento de las exigencias de control, que coincide con la natural tendencia del Derecho a expandirse. Este proceso implica, por un lado, definir mejor el marco propio de la actividad médica, estableciendo una regulación más minuciosa y, por otro, una mayor exigencia de los jueces en los casos en que existe una reclamación por parte del paciente<sup>28</sup>.

La Constitución de 1978 incorpora una amplia gama de derechos que suelen estar presentes en los distintos ámbitos en los que se desarrolla la actividad médica y la promoción de la sanidad por los poderes públicos. Se ha denominado Bioderecho al cuerpo sistemático de legislación que desarrolla la formulación constitucional de estos derechos, los cuales giran en torno al esencial artículo 10 en el que se instaura la dignidad de la persona humana y el libre desarrollo de la personalidad entre los fundamentos del orden político. La Sección Primera del

Capítulo II del Título Primero encabeza los derechos fundamentales y las libertades que la Constitución reconoce con el derecho de todos a la vida y a la integridad física y moral (art. 15). Este derecho traduce en términos jurídicos el valor de la vida humana. Su determinación ha de “ponderarse” con otros derechos que incorporan valores diversos con trascendencia en las conductas que afectan a la conservación de este bien jurídicamente protegido. Se pueden señalar, siguiendo a Martín Mateo, el que afecta a la libertad religiosa (art. 16), que puede ser invocado para prohibir intervenciones curativas no admisibles para los componentes de determinados grupos religiosos (transfusiones de sangre a testigos de Jehová, por ejemplo) o, amparándose en él, justificar las inhibiciones del personal sanitario ante ciertas prácticas autorizadas, como la esterilización o el aborto. El art. 17, que garantiza el derecho a la libertad, habrá de tenerse en cuenta en relación con los internamientos sanitarios coactivos de enfermos mentales o con la función sanitaria preventiva del art. 43, sobre personas que puedan

transmitir enfermedades. Por otra parte, el respeto a la intimidad personal y familiar (art. 18) puede relacionarse con la garantía del secreto médico regulado en los códigos deontológicos de la profesión sanitaria<sup>29</sup>.

En el Capítulo III del Título Primero, que la Constitución dedica a los principios rectores de la política social y económica, numerosos artículos se refieren directa o indirectamente a la salud, como el correspondiente a la seguridad e higiene en el trabajo (art. 40.2), al régimen asistencial público de la Seguridad Social (art. 41), a la tutela ambiental (art. 45), disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos (art. 49), a la tercera edad (art. 50) o la salud de los consumidores (art. 51.1). El art. 43.1 está específicamente dedicado a esta materia al reconocer el derecho a la protección de la salud y atribuir a los poderes públicos el deber de “organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La Ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto”. La Ley General de Sanidad de 1986

cumple este mandato constitucional.

Los derechos fundamentales reconocidos en la Constitución que afectan al Bioderecho, tanto los que son tutelados por el juez o el Tribunal Constitucional de forma directa, como los que requieren para su efectividad su concreción mediante una Ley, resultan de difícil invocación en ausencia de adicionales precisiones legislativas e incluso reglamentarias. No se puede saber de antemano, con el sólo manejo del texto constitucional, cuáles son las condiciones compatibles con la garantía de la libertad, la dignidad y la protección de la vida en cada caso particular. Las formulaciones genéricas que enuncian estos derechos exigen elaborar un esquema normativo que desarrolle los postulados constitucionales y, consiguientemente, que reduzca el espacio para la discrecionalidad judicial. Así, es cada vez más abundante la legislación que afecta al ejercicio de la medicina en temas como el aborto, la protección de embriones, la eutanasia, la determinación legal de la muerte, las medidas antidrogas, el consentimiento informado, la investigación

clínica, las donaciones de órganos, la fecundación asistida, la esterilización, la transexualidad, la manipulación genética, la protección de la salud, las epidemias, la protección de la naturaleza y del medio ambiente, la experimentación con animales, etc.

La intromisión del Derecho, con sus exigencias de control de la asistencia médica, se ha manifestado también en el terreno de la doctrina jurídica, como lo muestra la discusión sobre si conviene o no extender a dicha actividad la tendencia reciente a convertir la tradicional responsabilidad por culpa, basada en la voluntad de dañar o en la negligencia, en una responsabilidad objetiva que surgiría por el mero dato de la producción del daño, con independencia de la voluntad del causante. De esta manera prevalece la garantía de los pacientes a la libertad del médico, pues todo daño ha de ser reparado con independencia de que el causante haya incurrido en culpa o negligencia<sup>30</sup>. Otro mecanismo jurídico que se ha ideado para aumentar el control de la actividad médica, cuyos efectos se aproximan a los de la responsabilidad objetiva, es presumir la culpa del

agente invirtiendo la carga de la prueba, que pasaría de quien sufre el daño a quien lo causa, debiendo éste demostrar que no actuó culposa o negligente-mente<sup>31</sup>.

La juridificación de la medicina refleja el cambio experimentado en las convicciones morales en relación con su ejercicio, ya que “el reconocimiento de los derechos de los pacientes está en función del ‘valor’ de sus pretensiones manifestadas en el discurso público. Por ello, su vigencia manifiesta las convicciones morales referidas al ámbito de las relaciones sociales que estos derechos amparan”<sup>32</sup>.

---

#### MEDICINA Y ÉTICA DE LAS ORGANIZACIONES

---

EN RESUMEN, los valores que se han destacado recientemente en la práctica de la asistencia sanitaria han modificado el esquema tradicional del ejercicio profesional de la medicina, inspirado en la beneficencia, hacia un sujeto que, en su condición de enfermo, necesitaba la ayuda del médico. Éste es el eje en torno al cual se organizó la profesión médica y a partir del que se elaboraron sus nor-

mas deontológicas y se cultivó un sólido espíritu de cuerpo, centrado en el esfuerzo por erradicar la enfermedad y promocionar la salud. El sentido de la justicia y la exigencia de equidad en el reparto de la atención sanitaria socializó la medicina y dio entrada en ella a actores distintos a los médicos, como consecuencia del desarrollo de las políticas sanitarias. La protección de la salud es ahora una responsabilidad pública que exige un conjunto de organizaciones estructuradas en distintos niveles, que demandan recursos abundantes. Con la intermediación establecida entre la provisión de los servicios y su financiación han surgido nuevos condicionamientos para los médicos en el ejercicio de su profesión. Junto a ello, el desarrollo científico y tecnológico ha establecido una vinculación estrecha de médicos y pacientes con las organizaciones -públicas o privadas- de atención sanitaria, que se han convertido en el lugar natural del desarrollo y la práctica de la medicina en la actualidad. El tercer elemento que ha roto el entendimiento unitario del sentido de la medicina es la conciencia del valor de la au-

tonomía del individuo y el pluralismo ideológico, factores que han provocado una diversificación de las creencias y convicciones sociales respecto al valor de la vida y de la salud, y que han aumentado la exigencia de diálogo sobre los valores comprometidos en la propia actividad médica, así como la necesidad de extender su control jurídico.

La administración de la salud convoca en la actualidad los intereses de los médicos y de los pacientes en pie de igualdad, pero también los de políticos, gestores, filósofos morales, trabajadores sociales, juristas, así como el interés general de la población. Todos ellos se dan cita en contextos organizativos que son ya inseparables del desarrollo de la medicina y del rigor en la atención de la salud. Por ello, toda pretensión de definir los valores que han de inspirar la práctica de la medicina pasa por la que se ha denominado ética de las organizaciones, en las que sus miembros, con intereses parcialmente divergentes en el caso de las organizaciones sanitarias, actúan como sus agentes. Desde esta perspectiva organizacional es como ha de plantearse una ética de

la asistencia sanitaria, cuya provisión es inseparable de la administración pública de la salud, tanto a nivel macroinstitucional como en sus establecimientos particulares o en las organizaciones privadas que dispensan dichos servicios.

Mediante la extensión analógica de la subjetividad moral que corresponde a los agentes individuales cabe considerar a las organizaciones como agentes morales, aunque no posean subjetividad moral. Werhane justifica en su trabajo que las organizaciones son agentes morales y, al igual que los individuos, pueden ser moralmente responsables, aunque no sean idénticas a los agentes morales individuales, pues, literalmente no tienen motivos de sus acciones, ni toman decisiones o actúan por ellas mismas<sup>33</sup>. Según esta consideración, es posible referirse a la cultura organizacional como “el modo habitual de pensar y de operar, que es compartido en mayor o menor medida por todos los miembros de la organización, y que los nuevos miembros deben aprender y aceptar, al menos parcialmente, para poder ser admitidos a su servicio”<sup>34</sup>. Un componente de la cultura organi-

zacional es el “clima ético” que alienta la organización y que admite una consideración análoga al “carácter” de los individuos, como la serie de características relativamente estables, vinculadas a sus elecciones y actuaciones. De modo similar, el “clima ético” de una organización se define por los entendimientos compartidos sobre cómo se han de afrontar los dilemas morales y cuál ha de ser su conducta éticamente correcta. Ello incluye tanto cuestiones sustantivas, referidas a valores, como procedimentales sobre los modos de afrontar la resolución de los problemas que puedan surgir en su campo de actuación<sup>35</sup>.

El “clima ético” de las organizaciones sanitarias depende de los valores que orientan su dinámica. Puesto que la viabilidad económica de cualquier organización sanitaria es un valor destacado en la actualidad, para determinar estos valores es tentador recurrir a otros campos de la ética aplicada, distintos de la ética de las organizaciones aunque relacionados con la atención a la salud, como la ética clínica, la ética de la profesión médica o la ética de los negocios (o de los gobiernos responsables de

las políticas sanitarias). Sin embargo, el contexto organizativo que preside el cuidado de la salud exige un análisis de la ética de la organización de los servicios sanitarios, como campo específico de estudio, que evite la insuficiencia de un planteamiento parcial.

La ética clínica, centrada en la atención al paciente y en su relación con el médico, contribuye a percibir la centralidad del enfermo en cualquier organización sanitaria, pero desconoce la complejidad de los intereses que confluyen en ella y de los procesos gerenciales implicados en la dinámica de la organización. Además, su preocupación por el paciente individual desconsidera la importancia del servicio de la organización sanitaria a la comunidad en su conjunto. Es evidente que los problemas específicos de ética clínica tienen implicaciones organizativas, y en este sentido pueden ayudar al desarrollo del “clima ético” desde la perspectiva de la organización. Por ello, la ética clínica constituye uno de los elementos relevantes de la ética de las organizaciones sanitarias, que ha de ser convenientemente integrado con otros.



La viabilidad de una organización sanitaria depende de profesionales capaces de practicar una medicina excelente. Por ello, junto a la centralidad del paciente, los médicos constituyen otro elemento crucial, y los códigos deontológicos que regulan su ejercicio profesional, una aportación necesaria a la ética de la organización. Sin embargo, estos códigos, en su formulación actual, no cubren al completo las exigencias para la evaluación moral de una organización, que en su actividad ha de tener en cuenta los intereses y las obligaciones contraídas con agentes que no pueden considerarse estrictamente personal sanitario.

Por su proyección sobre el fenómeno organizativo, la ética de los negocios o *business ethics* parece la instancia genuina desde la cual abordar la ética de las organizaciones sanitarias. Sin embargo, no se pueden trasladar limpiamente sus análisis al área de los servicios médicos, en cuanto que el producto de este tipo de organizaciones consiste en la salud del enfermo que demanda asistencia. La vulnerabilidad y necesidad propia de su estado, junto con factores como el ri-

gor y excelencia que exige la atención médica, el compromiso tácito de la propia organización con la comunidad a la que sirve, las asimetrías de información entre médico y paciente, capaces de inducir la demanda de servicios médicos y de distorsionar el libre juego de un supuesto “mercado” de servicios médicos, la separación entre la provisión y la financiación de la atención médica y las dificultades para evaluar los costes y resultados de un “producto” como la salud, exigen adaptar los estándares de la ética de los negocios al campo de la atención sanitaria.

Conviene preguntarse ahora, teniendo en cuenta las variables dimensiones organizativas que presentan la ética clínica, la ética profesional y la ética de los negocios, ¿qué papel juega cada una de ellas en la ética de las organizaciones que administran la salud? Es evidente que cualquiera que sea el esquema valorativo vigente en la sociedad, la principal característica de las organizaciones sanitarias es su objetivo primordial de atención al paciente como sujeto autónomo (ética clínica) y, en segundo lugar, la provisión de la atención médica bajo el pará-

metro de la excelencia profesional (ética profesional). El tercer objetivo que en la actualidad se admite es el de la viabilidad económica de la organización (ética de los negocios), o lo que se podría denominar “conciencia presupuestaria” de la atención sanitaria, capaz de afectar a quién y a cómo ha de proporcionar dicha atención<sup>36</sup>. Las éticas aplicadas a las que se ha aludido coinciden en la importancia de estos dos objetivos, aunque puedan discrepar en cuál sea su prioridad en cada caso concreto.

La ética de la administración sanitaria, desde su perspectiva organizacional específica, ha de integrar y priorizar estos tres objetivos, sobre los que existe consenso, desde las perspectivas clínica, profesional y empresarial. En función de ellos se ha de juzgar el valor añadido específico de la actividad de las organizaciones sanitarias y el “clima ético” propio de su cultura organizativa. Para ello, la ética de la organización ha de ser el resultado de una serie de estrategias o procedimientos para determi-

nar, en cada alternativa concreta que se presente y en cualquier nivel de la organización, la decisión más adecuada, tomando en consideración las distintas perspectivas que se han mencionado y no tanto el resultado de una conclusión derivada de un cálculo a partir de principios definidos y jerarquizados de antemano. Ello presupone el desarrollo de estrechas relaciones entre los distintos agentes de la organización, fundadas en el consenso básico sobre los tres objetivos primordiales a los que ésta sirve, a los que cabría añadir la salud pública y el acceso universal a sus servicios y, por otra parte, el establecimiento de cauces adecuados de comunicación, negociación y apelación. Quizá el recurso que está más a mano para lograrlo sea extender las competencias y la composición de los Comités Asistenciales de Ética para que sirvan de foro de diálogo no sólo sobre cuestiones de ética clínica, que es la finalidad originaria de su constitución, sino también sobre las que surjan en las áreas de gestión sanitaria y de excelencia profesional<sup>37</sup>.

NOTAS

303

- 1 Laín Entralgo, P. (1973), *La medicina actual*, Seminarios y Ediciones, Madrid, p. 21.
- 2 Herranz, G. (1992), *Comentarios al código de ética y deontología médica*, Euns, Pamplona, pp. 4 y 10.
- 3 Véase las sentencias del Tribunal Constitucional 219/1989 y 93/1992.
- 4 Ariño Ortiz, G. y Souviron, J. M. (1984), *Constitución y colegios profesionales*, Unión Editorial, Madrid.
- 5 Díaz Pintos, G. (1993), *Autonomía y paternalismo*, Servicio de Publicaciones de la Universidad de Castilla-La Mancha, Cuenca.
- 6 Glaser, W. (1970), *Paying the Doctor: Systems of Remuneration and their Effects*, John Hopkins Press, Baltimore, pp. 99-100.
- 7 Immergut, E. M. (1991), "Medical Markets and Professional Power: The Economic and Political Logic of Government Health Programs", en *Estudios Working Papers*, Instituto Juan March de Estudios e Investigaciones, nº 24, Madrid, p. 6.
- 8 Guillén, A. M., *Políticas de reforma sanitaria en España: de la Restauración a la Democracia*, Tesis doctoral defendida en enero de 1996, Oviedo. Ejemplar mecanografiado, p. 350. Publicada en la colección Tesis Doctorales (nº13) del Instituto Juan March de Estudios e Investigaciones.
- 9 Gracia, D. (1989), *Fundamentos de bioética*, Eudema, Madrid, pp. 199 y ss.
- 10 Immergut, E. M. (1991), *Op. Cit.*, pp. 34-45.
- 11 Romay Beccaría, Ministro de Sanidad. Comparecencia en el Congreso de los Diputados el día 22 de abril de 1997 para presentar sus *Propuestas para el consenso parlamentario*.
- 12 Whitehead, M. (1994), *Equidad y ética en la sanidad*, Oficina para Europa de la OMS, Madrid; (1996), *Reformas Sanitarias en Europa. Carta de Ljubljana*, Oficina para Europa de la OMS, Madrid.
- 13 Se asocian a la existencia de una "oportunidad igual de acceso a los servicios": Daniels, N. (1985), *Just Health Care*, Cambridge University Press, Cambridge; al "logro de iguales resultados en relación con el nivel de salud": Churchill, L. R. (1987), *Rationing Health Care in América*, University of Notre Dame Press, South Bend, Indiana; a "recibir un tratamiento igual para la misma enfermedad" o a "recibir un tratamiento basado en la necesidad de atención, incluso aunque su cantidad sea desigual": Culyer, T. (1991), "Reforming Health Services: Framework for the Swedish Review", en Culyer, A.J., Evans, R. G., Graf von der Schulenburg, J. M. et al. (eds.), *International Review of the Swedish Health Care System* (Occasional Paper nº 34), SNS, Estocolmo.
- 14 Walzer, M. (1983), *Spheres of Justice*, Blackwell, Oxford.
- 15 Rawls, J. (1971), *A Theory of Justice*, Harvard University Press, Cambridge.
- 16 El criterio de igualdad aplicado al "resultado salud" no parece aplicable pues, como indica J. Gafo, "no existe un derecho a la salud, ya que nuestra

salud depende de nuestra constitución genética y de otros factores sobre los que la sociedad no tiene control". Gafo, J. (1999), "Los principios de justicia y solidaridad en bioética", en Gafo, J. (ed.), *El derecho a la asistencia sanitaria y la distribución de recursos*, Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, p. 154.

17 La consecución de la igualdad en la asistencia sanitaria está lejos de ser alcanzada pues el estado de salud depende de factores intersectoriales distintos a los sanitarios y tiende a reflejar la configuración general del trabajo y el poder en la sociedad en su conjunto. Caines, E. et al. (1997), *Reformas sanitarias y equidad*, Fundación Argentaria, Madrid.

18 (1997) *Journal of the American Medical Association*, p. 1266.

19 Immergut, E. M. (1990), "Sanidad: La política de la elección colectiva", en *Estudios Working Papers*, Instituto Juan March de Estudios e Investigaciones, nº 5, Madrid, pp. 1-2.

20 Hay quien manifiesta temor ante el trabajo por cuenta ajena de los médicos al considerar que la imposición de restricciones, aunque sólo sean de tipo administrativo, a su actividad va en detrimento de su libertad profesional "de escoger, con ciencia y en conciencia, lo que juzgue mejor para servir a su paciente [...]. Degradan al médico ciertas condiciones de trabajo como pueden ser las retribuciones desproporcionadamente bajas, la privación de descanso por exceso de guardias, o la negación de derechos laborales, que tienden a inducir a una 'proletarización' psicológica de los médicos", Herranz, G., *Op. Cit.*, pp. 101 y 103.

21 Druker, P. (1994), *Dirección de instituciones sin fines de lucro*, El Ateneo, Barcelona, pp. 2 y 4-5.

22 Pelayo González-Torre, A. (1997), *La intervención jurídica en la actividad médica: el consentimiento informado*, Dykinson, Madrid, p. 39. Sigo a este autor en la identificación de estos factores.

23 El pluralismo social sobre estos temas se refleja en la literatura académica en posiciones como la de Ollero, A. (1994), *Derecho a la vida y derecho a la muerte*, Documentos del Instituto de Ciencias para la familia, Madrid; en contraste con otras como la de Ruiz Miguel, A. (1990), *El aborto: problemas constitucionales*, Centro de Estudios Constitucionales, Madrid, o la de Atienza, M. (1993), *Tras la Justicia. Una introducción al Derecho y al razonamiento jurídico*, Ariel, Barcelona.

24 Serrano Ruiz-Calderón, J. M. (1993), *Bioética, Derecho y poder*, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, p. 8.

25 Laín Entralgo, P. (1983), *La relación médico-paciente. Historia y teoría*, Alianza, Madrid, pp. 207-208.

26 Gracia, D., *Op. Cit.* p. 11.

27 Se ha debatido sobre la necesidad de incluir algún tipo específico para la actuación médica, capaz de ejercer un control más intenso, como por ejemplo el de tratamiento médico arbitrario, para el caso de que el facultativo actúe con total desconocimiento de la voluntad del paciente. Romeo Casabona, C. (1991), "La imprudencia jurídico-penal (especial consideración del delito imprudente en la actividad médica)", *Anales de la*

*Facultad de Derecho*, nº 11, pp. 127-146.

28 Pelayo González-Torre, A., *Op. Cit.*, p. 53.

29 Martín Mateo, R. (1987), *Bioética y Derecho*, Ariel, Barcelona, pp. 83 y ss.

30 Muñoz Machado, S. (1994), "Responsabilidad de los médicos y responsabilidad de la administración sanitaria", *Documentación Administrativa*, nº 237-238, pp. 255-281.

31 Pelayo González-Torre, A., *Op. Cit.*, pp. 69-70.

32 Viola, F. (1998), *De la naturaleza a los derechos. Los lugares de la ética contemporánea*, Comares, Granada, p. 297.

33 Werhane, P. (1985), *Persons, Rights, and Corporations*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ.

34 Jacques, E. (1951), *The Changing Culture of a Factory*, Dryden Press, Nueva York, p. 116.

35 Vélaz, I. (1999), "Clima y cultura empresarial", *Cuadernos Empresa y Humanismo*, nº 77, Instituto Empresa y Humanismo, Pamplona.

36 El código deontológico del Colegio Americano de Ejecutivos Sanitarios establece como uno de sus objetivos prioritarios "el fomento general de la calidad de vida, dignidad y bienestar de todo individuo necesitado de servicios sanitarios".

37 Spencer, E. M., Mills, A. E., Rorty, M. V. y Werhane, P. H. (2000), *Organization Ethics in Health Care*, Oxford University Press, Nueva York, caps. 8-11.

